OESTERREICHISCHE
MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

(als Ergänzungsblatt der medic. Jahrb. des k. k. öst. Staates.)

Herausgeber: Dr. J. N. Ritter v. Raimann.
Hauptredacteur: Dr. A. Edler v. Rosas.
Mitredacteure: DD. S. C. Fischer und J. Wisgrill.

№. 36. Wien, den 4. September 1841.

Inhalt: Original-Mittheilungen. — Auszüge aus in- und ausländischen Zeitschriften und fremden Werken. — Notizen.

1.

Original-Mittheilungen.

Einiges über Knochenbrüche und den Seutin'schen Verband.

Von Dr. Johann Rechnitz, prakt. Arzte in Pesth.

Die ungeheuer raschen Fortschritte der Medicin im Allgemeinen, die mannigfaltigen Erfindungen, Verbesserungen, die fast mährchenhaft auf dem Felde der praktischen Chirurgie in neuerer Zeit emporblühen, drängen Prüfung und Nachdenken so sehr, dass es noch lange dauern wird, bis alles gehörig geordnet, durch öftere Erfahrung bestätiget, allseitig beleuchtet und die Indicationen hierzu genauer festgestellt seyn werden.

Das Hauptaugenmerk bei Knochenbrüchen bleibt, die gebrochenen Knochen in genaue Berührung zu bringen und sie in derselben zu erhalten, alle Methoden zielen dahin ab, diese Aufgabe bestens zu lösen. Da Knochenbrüche von den frischen Trennungen des Zusammenhanges der weichen Theile in nichts verschieden sind, so findet bei ihrer Behandlung die nämliche Berücksichtigung Statt, wie bei diesen; das was dort *Reunio per primam intentionem* ist und die Bedingungen, die hierzu nöthig sind, findet hier gleiche Berücksichtigung, nur nicht immer gleiche Anwendung. Jede Gewalt, welche im Stande ist, einen Knochen zu brechen (die leichte Brüchigkeit, durch Krankheiten her-

beigeführt, ausgenommen), muss nothwendig die weichen Theile mehr weniger bedeutend beleidigen, theils weil sie der einwirkenden Gewalt in den meisten Fällen mehr preisgegeben, theils weil sie empfindlicher sind, und als Folge dessen entsteht Reaction, welche sich durch Geschwulst, Entzündung, Schmerz etc. kundgibt. Es ist eine alte Regel, mit der Einrichtung bei Knochenbrüchen nicht zu eilen, einige Neuere jedoch wollen gleich nach erfolgtem Bruche die Einrichtung gemacht und den Verband angelegt wissen. Da man den Grad der Reaction im voraus nicht berechnen kann, so ist es immer besser, diese abzuwarten und durch kräftige antiphlogistische Behandlung Geschwulst und Entzündung zu beseitigen, bevor man den Verband anlegt; befolgt man diese Regel nicht, so ist man gezwungen, entweder durch die Grösse der Schmerzen bei zunehmender oder durch das Lockerwerden des Verbandes bei abnehmender Geschwulst, den Verband öfters zu erneuern, wenn nicht ein bedeutender Schaden für den Patienten hieraus erwachsen soll; der Verband selbst darf weder zu fest noch zu locker angelegt werden. So etwas scheint zwar leicht, in der Ausführung ist es jedoch nicht so, und nur öftere Übung kann hier leiten. Diese Sachen sind alle so bekannt, dass man glauben sollte, es könne hier kaum ein Fehler begangen werden, leider lehrt aber die tägliche Erfahrung gerade das Gegentheil. In den 17 Jahren meiner chirurgischen Praxis boten sich häufig Gelegenheiten dar, Knochenbrüche zu behandeln, und obwohl mit dem Erfolge der älteren Methode (Schienenverband) gar nicht unzufrieden, verliess ich sie dennoch, wo Vernunft und Erfahrung mir noch einen besseren Weg, dasselbe Ziel zu erreichen, zeigten.

Der Seutin'sche Verband bewährt sich nicht nur durch seine Einfachheit und Güte, sondern die hiezu nöthigen Geräthschaften sind überall leicht zu haben oder herbeizuschaffen; einige Leinwandstreifen, Pappendeckel und Stärke machen den ganzen Apparat aus. Ich hatte bis jetzt erst in 10 Fällen Gelegenheit ihn anzuwenden, aber bei allen diesen bot er grosse Bequemlichkeit für den Kranken dar, und hatte günstigen Erfolg; nur einmal geschah es bei einem zarten Jüngling von 17 Jahren, N. Adler, welchem ein 70 Centner schwerer Stein auf beide Oberschenkel fiel, den rechten schief, den linken quer brach, dass, nach-

dem der **Seutin**'sche Verband durch 3 Tage bereits gelegen war, sich eine Menge Würmer im Verbande erzeugten, heftiges Jucken verursachten und die Erneuerung des Verbandes nöthig machten. Sowohl die Verbandstücke als auch die Stärke waren rein, vielleicht mag das langsamere Trocknen im Winter bei erhöhter Körperwärme hieran Schuld gewesen seyn, eine andere Ursache konnte wenigstens nicht aufgefunden werden. Um diesen Übelstand zu verhüten, setzte ich zur Stärkeabkochung später immer eine Auflösung von Aloe hinzu. Die Heilung erfolgte vollständig binnen 6 Wochen. Bei Brüchen der Extremitäten leistet der **Seutin**'sche Verband, wenn er gut angelegt ist, alles was man nur wünschen kann; bei Kindern und unruhigen Kranken ist es jedoch nöthig, bevor der Verband vollständig trocken ist, ein obachtsames Auge zu haben, damit sich die Knochen aus ihrer Lage nicht verrücken; gewöhnlich lege ich Seitenschienen längst dem ganzem Gliede an, um mich auf diese Weise der Ruhe des Gliedes zu versichern. Unvollständig ist jedoch unser Verbandapparat bei Schlüsselbeinbrüchen, hier bieten die localen Verhältnisse fast unüberwindliche Hindernisse dar, und die Aufgabe, die Knochen unverrückt in ihrer Lage zu erhalten, kann hier nur unvollkommen gelöst werden; wie schwer dieses ist, beweisen die Menge, oft sehr complicirter Verbandapparate, die hier empfohlen werden und die in der Praxis nur sehr wenig taugen; denn entweder werden sie sehr leicht verrückt oder sie pressen den Thorax so sehr, dass es der Kranke nicht lange ertragen kann. Da die Patienten gewöhnlich bei jeder Bewegung der Hand Schmerzen leiden, so halten sie in der Regel instinctmässig die gebogene Hand nach aussen, und unterstützen sie in dieser Lage, weil sie hier am wenigsten Schmerzen erleiden. So sah ich ein junges Mädchen von einem Chirurgen gegen ein rheumatisches Leiden des Oberarmes mit schweisstreibenden Mitteln behandeln, welche nach einem Falle einen schiefen Schlüsselbeinbruch sich zugezogen hatte und ohne allen Verband, nur durch ruhige Lage des Armes, ohne bedeutende Entstellung geheilt ward. Ein junger Mensch stürzte mit dem Wagen und brach sich das rechte Schlüsselbein, lange nach dem Falle lag er bewusstlos, endlich bekam er einen heftigen epileptischen Anfall, an welchem er früher nie gelitten hatte, und nur mit

Mühe konnte er in seine Wohnung gebracht werden; so oft die Einrichtung versucht wurde und die geringste Bewegung im Knochen Statt fand, so oft stellte sich der epileptische Anfall ein. Ich befestigte daher den Arm in der Lage, in welcher er am wenigsten Schmerzen verursachte und welche der Kranke auch sorgfältig hütete; die Heilung erfolgte ohne bedeutende Entstellung binnen 4 Wochen vollständig. Ich bediene mich daher gewöhnlich in der Praxis bei Schlüsselbeinbrüchen eines höchst einfachen Verbandes: nachdem die Bruchende in gegenseitige Berührung gebracht worden, befestige ich einen Charpiepfropf in der Achselhöhle, bringe den gebogenen Arm nach aussen und befestige ihn vermittelst Binden in dieser Lage; der Vorderarm wird in eine Schlinge eingehängt. Bei aufmerksamen Kranken genügt dieser Verband gewöhnlich, er wird, so oft er locker wird, erneuert; bei unaufmerksamen oder unruhigen Patienten habe ich noch jeden bis jetzt empfohlenen Verband ungenügend gefunden. — Ein complicirter Schlüsselbeinbruch möge hier etwas ausführlicher beschrieben werden.

Vom Weine berauscht, fiel ein 32jähriger, sonst gesunder und robuster Mann von einem hohen Gerüste und blieb bewusstlos liegen, die Untersuchung zeigte einen Schlüsselbeinbruch der linken Seite, Contusionen an der Stirne und beiden Kniescheiben, die übrigen Symptome liessen Gehirnerschütterung vermuthen; Aderlässe, Eisumschläge, ableitende Medicamente wirkten insoweit, dass nach 3 Stunden das Bewusstseyn sich wieder einstellte. Die Einrichtung des Schlüsselbeinbruches geschah nach meiner gewöhnlichen Methode, und heilte in einem Zeitraume von 4 Wochen vollständig. Schon während der Zeit dieser Behandlung klagte der Kranke, dass er den rechten Arm, so wie den rechten Fuss nicht nach Wunsche bewegen könne, welche bald in vollkommene Lähmung übergingen. Dieser Zustand breitete sich in Zeit von 5 Wochen in dem Grade aus, dass die Lähmung folgende Ausdehnung zeigte: das obere Augenlid hing schlaff herunter, bedeckte grösstentheils das Auge und konnte nicht willkürlich aufgehoben werden, die Pupille war erweitert, unbeweglich, das Auge für Lichteinfluss unempfindlich, die rechte Wangenhälfte hing schlaff herunter, Unvermögen auf dieser Seite zu kauen, der Speichel rann am Mundwin-

kel hervor, die Respiration frei, Stuhlentleerung konnte nur durch reizende Klystiere erzielt werden, die Urinausleerung ungehindert, der Puls war auf beiden Händen gleich und normal.

Es wurde innerlich ein *D. Flor. Arnicae* mit *Inf. Ipecac.*, später Vesicantien, reizende Einreibungen, Bäder, *Extr. Nuc. Vomic.* etc. verordnet. In einem Zeitraume von 7 Wochen besserte sich der Zustand in dem Grade, dass die ganze obere Hälfte Empfindung und Bewegung bekam; nur die untere Extremität trotzte längere Zeit der Behandlung, und nur die mehrmalige Anwendung des Strychnins auf dermatischem Wege hob auch diesen Zustand; 4 Monate nach erfolgter Verletzung war Pat. vollkommen gesund.

Die Anwendung der Narcotica nach der dermatischen Methode ist nicht immer ohne Gefahr; so sah ich ein Kind plötzlich unter Zuckungen sterben, welchem gegen Keuchhusten, nachdem früher ein Vesicans an den Hals gelegt wurde, $^1/_4$ Gran *Morphium acet.* eingestreut wurde. Eben so sah ich einen 42jährigen Mann, welchem gegen arthritische Schmerzen an den unteren Extremitäten $^1/_2$ Gran *Morph.* eingestreut wurde, plötzlich unter Zuckungen sterben. Beide endeten eine $^1/_4$ Stunde nach dem Einstreuen.

Beiträge zur Diagnostik dunkler Krankheitszustände des Gehirns (nebst Leichenbefund).

Von Dr. Beer, k. k. Poliz. Bez. Arzt in Wien.

(Fortsetzung.)

Dritter Fall.

Erweichung des Gehirns und des Rückenmarks.

Katharina Kramer, 44 Jahre alt, eine Taglöhnerin von zarter Constitution, überstand als Kind die natürlichen Blattern. Sie gebar 9 lebende Kinder, und erlitt zweimal Abortus. Zwei Monate vor ihrem Eintritte in das k. k. allgem. Krankenhaus verlor sie ihre Reinigung, und ihr Mann hielt sie für schwanger. Vor 3 Jahren war sie an einer Brustfellentzündung, vor 6 Monaten an einer Peritonitis erkrankt. Als sie 4 Tage vor ihrem

Eintritte ins Krankenhaus als Taglöhnerin Holz sägen musste, wurde ihr ein Stückchen hievon ins Auge geworfen, worauf sie zwar einigen Schmerz erlitt, aber bald darauf ihre Arbeit fortsetzte. An demselben Tage erlitt sie einen heftigen Schreck durch die Nachricht von dem plötzlich eingetretenen Tod einer ihr geliebten Person. Die folgende Nacht brachte sie ruhig schlafend zu, und sprach noch mit vollem Bewusstseyn. Allein am folgenden Tage Morgens um 6 Uhr, als sie sich noch im Bette befand, verlor sie plötzlich Bewusstseyn und Sprache, und ihre Gliedmassen waren wie gelähmt. Der herbeigerufene Arzt verschrieb ihr eine Arznei, worauf sie stark abführte, und liess 16 Blutegel anlegen. Am folgenden Tage trat das früher verlorene Bewusstseyn, so wie eine freiere Bewegung der Extremitäten, und besserer Appetit ein. Den nächsten Tag, des Morgens um 6 Uhr, d. i. am 17. December 1839 fand sich ein zweiter apoplectischer Anfall ein, in Folge dessen ihr der Arzt 24 Schröpfköpfe am Rücken und ein Vesicans am Nacken appliciren liess. Seit dieser Zeit, bis zur Stunde, wo sie ins Krankenhaus kam, blieb die Kranke trotz eines noch früher gemachten Aderlasses und neuerdings angewendeter Blutegel stets bewusstlos. Wir fanden sie in folgendem Zustande: Der Kopf war kalt, die Augen geschlossen, der Mund halb offen, die bewusstlose Kranke athmete von Zeit zu Zeit tief ein, der Bauch war zusammengefallen, der Puls klein, die oberen und unteren Extremitäten gelähmt, steif, seit 2 Tagen erfolgte kein Stuhlgang. Nach einem verabreichten Graswurzeldecoct mit *Tart. emet. gr. duo* stellte sich am nächsten Tage ein Stuhlgang ein, die Bewegungen der Gesichtsmuskeln so wie der Extremitäten wurden frei, nur traten hie und da leichte klonische Bewegungen der letzteren ein. Die Augen blieben immer geschlossen, und so oft man versuchte die Augenlider aufzuheben, zog sich der *orbicularis palpebrarum* stark zusammen; der Puls war hart, zusammengezogen, die Respiration ungleich, jedoch nicht stertorös. Die Gabe von *Tart. emet.* wurde auf 3 Gran vermehrt. Am Abend desselben Tages trat eine bedeutende Unruhe ein. Die Kranke warf sich von einem Orte zum andern, wollte aus dem Bette springen, der Puls war gleich, stark und langsam. Es wurde eine Einreibung von Autenriethischer Salbe am Nacken

verordnet. Die folgende Nacht schlief die Kranke nur wenig, und an dem darauffolgenden Tage, d. i. am 19., öffnete die noch immer bewusstlose Kranke zwar schon die Augen, jedoch blieb sie gegen jede Frage stumm. Ein sardonisches Lächeln schwebte um ihre Lippen, sie stiess die ihren Puls fühlende Hand gleichsam unwillig zurück, griff öfter nach dem Kopfe, seufzte tief. Die Therapie blieb dieselbe. — Am 20. ward die Beweglichkeit der Extremitäten vollkommen frei, die Kranke brachte hie und da einzelne Worte hervor, die Respiration etwas freier, jedoch war das sardonische Lachen, die Unruhe der vorausgegangenen Nacht, die Schlaflosigkeit, so wie in folgenden Tagen ein hartnäckiges Stillschweigen auf jede Frage, ein äusserst langsamer Puls, stärkere Röthe des Gesichtes, ein höchst mürrisches Betragen der Kranken, ihr Zurückweisen jedes Versuches den Puls zu fühlen, noch immer permanent. Die Bewegungen der Extremitäten und des Stammes waren frei. Am 23. wurde das Gesicht sehr blass, der Mund geschlossen; eine ausserordentliche Gleichgültigkeit gegen jede Frage, ein langsamer Puls, Hartleibigkeit, die hervorragenden Symptome. Sie erhielt eine *Potio Salina.* Am 23. blieb das mürrische, trotzige Wesen der Kranken, der äusserst langsame Puls, und am nächsten Tage trat ein neuer Anfall hinzu. Die Extremitäten der linken Seite wurden paralytisch, so wie das Schlucken bedeutend erschwert. Sie erhielt ein *Decoct. Flor. Arnic. c. Tart. emet.;* jedoch blieb der paralytische Zustand derselbe, die Respiration stertorös, die Wärme erhöht, der Puls fadenförmig, beschleunigt, und am 27. December trat um 11 Uhr der Tod ein.

L e i c h e n ö f f n u n g. Das schwammige Schädelgewölbe war oval, im Sichelbehälter befand sich geronnenes Blut, an der Sichel rechterseits sah man eine $\frac{1}{2}''$ lange, dünne, spitz zulaufende Knochennadel, die innere Hirnhaut war zart, mit wenigem Blut versehen. Die Hirnsubstanz w e i c h, in jeder Seitenkammer nur einige Tropfen Serum, das Adergeflecht schlaff, blassroth, die Zirbeldrüse ohne Sand — die Schilddrüse klein. Die Luftröhre und ihre Verzweigungen mit eiterförmigem Schleim angefüllt, die Schleimhaut jedoch nur schwach geröthet. Beide Lungen waren frei, der untere Lappen, insbesondere dessen oberflächliche Substanz, mit schwarzrothem Blute infarcirt, die obere

Hälfte des rechten oberen Lappens von röthlichem Serum erfüllt, mürbe; die übrige Substanz blass; im Herzbeutel 1/2 Unze Serum. Das Herz schlaff und blass, in Kammern und Vorhöfen wenig Blut- und Lymphcoagulum; die Leber hell-braunroth, mürbe; in der Gallenblase dunkelgelbe Galle, die Milz schlaff, dunkelroth und mürbe. Das Pancreas zähe; der Magen zusammengefallen und leer; die Gedärme blassgelb und galligen Stoff enthaltend; im Dickdarm consistenter Unrath. Die Darmhäute blass und blutleer. Die Nieren klein, dunkelroth und mürbe, die Harnblase zusammengefallen und 1 Pf. Harn enthaltend. Die Eierstöcke vielfach narbig eingezogen, der Uterus um die Hälfte grösser, dicker, die Vaginalschleimhaut mit dickem Schleim überkleidet; zwischen den Rückenmarkshäuten wenig Serum. Das Rückenmark, besonders die grauen Stränge, weich und schmierig, dabei blutreich.

Die Cornea des rechten Auges mit einem Kreidenflecke bedeckt.

(Fortsetzung folgt.)

2.

Auszüge aus in- und ausländischen Zeitschriften und fremden Werken.

Neue Untersuchungen über die Beschaffenheit der atmosphärischen Luft.

Von Dumas und Boussingault. (Mitgetheilt der Akademie der Wissenschaften zu Paris am 7. Juni 1841.)

Sie bedienten sich zur Ermittlung des Gewichtes der beiden Gasarten folgenden Verfahrens. Ein luftleerer Ballon wird mit einer, mit metall. Kupfer gefüllten Röhre in Verbindung gesetzt, welche mit Hähnen versehen ist, um sie gleichfalls luftleer zu erhalten. Das Gewicht der Röhre wird genau bestimmt. Nachdem das Kupfer rothglühend gemacht worden, wird der Hahn geöffnet, welcher der Luft den Zutritt gestattet; diese strömt hinein und tritt ihren Sauerstoff dem Metalle ab, nach einigen Minuten wird auch der zweite Hahn geöffnet, und der allein übrig bleibende Stickstoff füllt den Ballon. Ist dieser ge-

füllt, so schliesst man die Hähne, wiegt einzeln den Ballon und die Röhre, entfernt sodann aus beiden die Luft und wiegt sie wieder. Die Differenz der Gewichte gibt das Gewicht des Stickstoffes, während das des Sauerstoffes aus dem Mehrgewichte der Röhre nach dem Experimente hervorgeht. Wiederholte Versuche zeigten ein Mittel von 6 Beobachtungen 23.01 Theil Sauerstoff und 76.99 Th. Stickstoff in 100 Gewichtstheilen Luft. Die Dichte des Oxygens war im Mittel aus 3 Beobachtungen = 1.1057, die des Azots 0.972, mithin in 100 Volumen atm. Luft 20.80 Vol. Oxygen und 79.20 Volum Azot. Aus der Vergleichung mit den früheren Beobachtungen von Gay-Lussac, Dalton u. A. ergibt sich, dass die Zusammensetzung der Luft in allen Höhen dieselbe bleibe, und sich auch seit 40 Jahren nicht merklich geändert habe. (Neue Notiz. aus dem Gebiete der Natur- und Heilkunde. 1841. Nr. 393.)

Wisgrill.

Vollständiges Abreissen der allgemeinen Hautdecken von den äusseren Genitalien.

Von Dr. Demarquette zu Hening Lietard.

Ein 14jähriger Knabe wurde in einer Runkelrübenzuckerfabrik von dem hervorragendsten Theile der Achse der Maschine ergriffen. Glücklicherweise gab der Theil seiner Kleidungsstücke, welche den vorderen Theil des Körpers bedeckten, nach, und er wurde mit Verlust eines Theils seiner Haut frei. Eine ungeheure, scharfbegränzte, nichtblutende Wunde begriff alle äusseren Geschlechtstheile in sich, und zeigte den Penis, die Testikel und die Samenstränge blossgelegt. Diese auffallend regelmässige Wunde erstreckte sich vom oberen Ende der *Regio pubis* bis zwei Finger breit vom Anus, und hatte auf jeder Seite die Leistenfalte zur Gränze. In den ersten Tagen wurde antiphlogistisch verfahren. D. beschränkte den Verband auf eine mit Cerat bestrichene, gefensterte und mit viel Charpie bedeckte Compresse. Sechs Wochen war die Eiterung enorm. Dann verkleinerte sich die Wunde, indem sie die Haut der benachbarten Theile herbeizog. Die Testikel- und Samenstränge stiegen gegen den Bauchring und fixirten sich. Die vom Umfang herbeigerückte Haut erreichte bald den Mittelpunct, und bildete daselbst einen Wulst, in dessen Mitte die verkrüppelte, mit einem dünnen Häutchen bedeckte Ruthe erschien. Der junge Mensch wurde ganz hergestellt, und seine Organe sind jetzt, 5 Jahre später, zu ihren Functionen vollkommen tauglich. (Ebenda.)

Wisgrill.

Geisteskranke in Russland.

Von J. G. Kohl.

Die Russen haben im Ganzen ein so heiteres und sanguinisches Temperament, dabei ein so wenig tiefes, leichtfertiges Gemüth, dass sie die Stürme dieses Lebens in der Regel sehr gewandt und nachgiebig ertragen, und dass viele Donnerkeile des Schicksals, die bei andern schwerfälligeren und gemüthstieferen Nationalitäten haften und Feuer fangen, bei ihnen spurlos abblitzen und vorübergleiten. Grübler und Philosophen haben sie gar nicht; die Liebe ist bei ihnen mehr sinnlich, als platonisch oder idealisch; die Religion ist eine gedankenlose Gewohnheit ohne Speculation. Da ihr geistiges Seyn immer mit Gott in naher Berührung steht, da sie beständig in ihm leben, weben und sind, und da ihr leibliches Glück in der Regel in der Hand ihrer Leibherren und Oberen liegt, in deren Willen sie sich so schmiegsam fügen, wie in den des Schicksals, so retten sie sich aus allen Schiffbrüchen des Lebens frohen Muthes und voll Hoffnung mit dem Troste: „Gott wollte es so," oder „die Obrigkeit hat's so befohlen." Schlau, verschmitzt, gewandt sind sie alle von Natur, und sämmtliche Mitglieder der Nation haben davon eine völlig gleiche Portion. Wenn es daher auf der einen Seite wenig tiefe Denker unter ihnen gibt, so gibt es auf der andern Seite noch weniger vermauerte, finstere Köpfe, Stumpf- und Blödsinnige.

Die Deutschen und andere Nationen sind verständig, und da sie die Vernunft in höherem Grade besitzen, so verlieren sie sie auch häufiger. Die Russen sind trotz ihrer instinctartigen Schlauheit ein unmündiges, kindliches und poetisches Volk, und da sie sehr häufig im gewöhnlichen Leben närrisch und theatralisch genug sind, so geben sie schon im alltäglichen Seyn vielem Narrheitsstoffe Luft, und die Tollheit concentrirt sich bei ihnen nicht so oft, und sammelt sich nicht so häufig zu einzelnen zerstörungsreichen Explosionen. Dazu fehlt ihnen auch, trotz ihrer Rang- und Titelsucht, in hohem Grade eine andere Geistesschwäche, die bei anderen Nationen so häufig Ursache von Geisteszerrüttungen zu seyn pflegt, die Ehrliebe. Aus gekränktem Ehrgefühle verlieren wenige Russen den Verstand, weil bei keiner Nation so wenig *point d'honneur* sich wirksam zeigt, als bei der russischen.

Es ist wohl keine Frage, obgleich die Sache aus Mangel an Daten nicht mit Zahlen kann klar bewiesen werden, dass es unter den 45 Millionen Russen weit weniger Geisteskranke gibt, als unter irgend einer anderen Nation Europas, und dass das Verhältniss der russischen Wahnsinnigen zu den Geistesgesunden vielleicht 3 — 4mal geringer ist, als bei den Deutschen. — Das Petersburger Irrenhaus hatte

1836 unter seinen 130 Patienten allein 45 Nicht-Russen, meistens Deutsche. Dürfte man diese Zahlen zu Grunde legen, und sie mit den Bevölkerungselementen der Stadt in Verhältniss stellen, so möchte aus diesem Vergleiche das merkwürdige Resultat hervorgehen, dass der russische Staat 4—5mal weniger geistig Verirrte liefere, als der germanische. — Das Petersburger Irrenhaus steht unter der Leitung eines äusserst gebildeten und humanen deutschen Arztes, und kann sich gewiss in seiner ganzen inneren und äusseren Einrichtung jeder ähnlichen Anstalt dieser Art an die Seite setzen, wenn es auch nicht geradezu jetzt zu den besten Anstalten, die irgendwo existiren, gehört. — Schon der Name, den die Russen ihm gegeben haben: »Pflegehaus aller gramvollen Seelen« *(Bolnitza wssäch skarbjädschnich)* enthält äusserst humane und wohlwollende Andeutungen, so barbarisch uns auch die Worte klingen mögen. Wenn irgend ein Inhalt der Aufschrift seiner Etiquette entspricht, so scheint diess das Innere des Petersburger Irrenhauses zu seyn. (Casper's Wochenschrift für die ges. Heilkunde. 1841. Nr. 13.) Aitenberger.

Über Darmanhangsbrüche.

Von Dr. C. F. Riecke, Bataillonsarzt zu Stendal.

Die Frau des Apothekers N. zu N. starb an den Folgen eines eingeklemmten Darmanhangsbruches am 10. Tage der Krankheit, am 5. Tage nach der Operation. Bei der Section des Cadavers fand sich am unteren Ende des Ileums nahe am Coecum ein Anhang *(Diverticulum)*, welcher die Bruchgeschwulst gebildet hatte; derselbe war fast 2 Zoll lang, an seinem Ende kugelförmig und hing an dem Darme mit einem verengten Halse. An seinem kugelförmigen Ende, welches sich bis an die innere Mündung des Schenkelkanals zurückgezogen hatte, fand sich die bei der Operation gemachte Öffnung. Der ganze kugelförmige Theil war überall mit dem Bruchsacke verklebt, an seinen Wänden verdickt, sugillirt und entzündet, aber nicht brandig. Wo der Anhang vom Darme abhing, fand sich in diesem eine Strictur, welche kaum die Spitze des kleinen Fingers einliess, fest und wenig nachgiebig war. Unterhalb derselben war der Darm bis zum After hin, unter die Hälfte seines normalen Lumens zusammengeschrumpft und leer; nur in der Nähe der Strictur war er hier etwas entzündet. Oberhalb der Strictur war der Darm erweitert und bildete einen Sinus, der die normale Weite des Darmes um das 3 bis 4fache übertraf; seine Wände waren stark entzündet und an der grössten Ausdehnung desselben fand sich eine vom Brande durchbrochene Stelle, durch welche Darminhalt in die Unterleibshöhle getreten war. Das ganze Ileum war durch Gas stark ausgedehnt und je näher dem Sinus, desto stärker entzün-

det. In diesem Falle, bemerkt R., waren die Strictur und der Sinus so stark ausgebildet, wie er es sonst noch nie beobachtete.

Krankheitsgeschichte: Die 50jährige magere und zarte Pat. litt seit ihrer letzten Entbindung, vor 12 Jahren, an einem kleinen Schenkelbruche der linken Seite, ohne dagegen ein Bruchband zu tragen. Derselbe hatte fortwährend die Grösse einer kleinen Wallnuss und verursachte nie Schmerzen oder andere Unbequemlichkeiten; doch litt sie in der letzteren Zeit nach Diätfehlern, Erkältung oder körperlicher Anstrengung öfters an plötzlich eintretenden Kolikschmerzen mit Verstopfung, und überhaupt immer an trägem Stuhlgange. Die Kolikschmerzen pflegten sich nach dem Abgange von Blähungen, manchmal nach Erbrechen, bisweilen auf ein Abführtränkchen zu verlieren. Am 2. Juni 1840 that Pat. einen gähen Tritt rücklings von einem Stuhle und bekam plötzlich heftige Kolikschmerzen in der linken Seite zwischen Nabel- und Schenkelbeuge, die immer mehr zunahmen. Am andern Tage trat Übelkeit und Erbrechen ein, wodurch Speisereste, Darminhalt und zuletzt kothähnliche Massen ausgeworfen wurden. Der Bruch wurde grösser und gespannter, blieb aber schmerzlos. Zwei hinzugerufene Ärzte versuchten die Taxis, aber ohne Erfolg, nur anfangs schien der Bruch etwas kleiner zu werden. Da die Bruchgeschwulst immer da gewesen, jetzt auch nicht merklich grösser war, und durch die Klystiere noch immer harte Kothreste ausgeleert wurden, so erwarteten sie von Abführmitteln Hülfe. Diese, selbst das Calomel und andere antiphlogistische Mittel erregten aber nur Erbrechen. Kalte Überschläge auf den Bruch, ein Aderlass, Blutegel, die wiederholten Versuche von Taxis, nichts brachte Besserung hervor. Am 7. Juni wurde D. R. gerufen und fand die Kranke noch bei guten Kräften; die Bruchgeschwulst war elastisch, ungleich, wallnussgross, hing wie an einem Stiele fest, liess sich an diesem nach allen Richtungen hin bewegen und mit den Fingern fast umschreiben. Durch die Repositionsversuche war sie schmerzhaft geworden. Der Leib war, besonders links zwischen Nabel und Schenkelbeuge, schmerzhaft. R. glaubte einen verwachsenen Darmanhangsbruch vor sich zu haben und schritt zur Operation. Als durch schichtenweises Abtragen die sehnichte Ausbreitung der Schenkelbinde, welche den Bruchsack fast unmittelbar bedeckte und damit verwachsen war, entfernt war, trat eine blaurothe sugillirte Geschwulst hervor, die überall mit der Umgebung verwachsen war; drückte man anhaltend und fest darauf, so nahm sie allmälig, aber merklich an Grösse ab, nahm aber nach aufgehobenem Drucke ihren vorigen Umfang wieder an. Die totale Verwachsung mit der Umgebung hinderte zum Schenkelringe zu gelangen. Es wurde daher diese Geschwulst vorsichtig durch schichtenweises Abtragen der dicken entarteten Wände geöffnet, es floss roth gefärbtes Wasser aus; die Öffnung wurde erwei-

tert; es fand sich aber in der Bruchgeschwulst kein Darm oder Netz, sondern die genauere Untersuchung der inneren Fläche und des Einganges in den Schenkelkanal ergab, dass mit dem Bruchsacke zugleich die Darmhöhle geöffnet war. Der Anhang war nämlich mit dem Bruchsacke so vollständig verwachsen, dass beide nur eine dicke Haut bildeten und keine Trennung möglich war. Damit sich der Anhang mit dem Bruchsacke zurückziehen und die Spannung im Darme nachlassen sollte, wurde der Bruchsack möglichst gelöst, und der Schenkelkanal durch kleine Einschnitte so erweitert, dass bequem der kleine Einger durch die Öffnung des Anhanges und durch seinen Hals in die Darmhöble gebracht werden konnte. Um, in Rücksicht auf einen früher beobachteten Fall, eine etwaige mechanische Verstopfung der Strictur zu heben, führte R. einen starken elastischen Katheter einige Zoll weit in den Darm auf- und abwärts, ohne auf ein Hinderniss zu stossen. Es zeigte sich aber kein Koth, sondern nur wässerige Flüssigkeit in der Wunde. Unterdessen schrumpfte die Bruchgeschwulst zusammen, und zog sich zurück. Man hörte Kollern und schöpfte Hoffnung, dass die Natur entweder aus der Wunde oder durch den After den Darminhalt entleeren würde. Die Wunde wurde einfach verbunden, ein Klystier und ein Abführtränkchen gegeben. Am andern Tage war das Erbrechen einige Male zurückgekehrt, Stuhlgang war nicht eingetreten, auch in der Wunde zeigte sich kein Darminhalt. Der Katheter liess sich in die Wunde mit Leichtigkeit einführen. Der Leib war schmerzhafter geworden, besonders in der Gegend, wo der Sinus lag, der Anhang hatte sich noch weiter zurückgezogen. Die Ursache der Verstopfung konnte in der Anspannung der Darmschlinge und der Strictur (der Katheter drang leicht ein) nicht mehr gesucht werden. Es entstand daher die Vermuthung, dass entweder der *Motus antiperistalticus* habituell geworden sey, oder der Darm oberhalb der Strictur, namentlich der Sinus, durch die lange Ausdehnung die Fähigkeit verloren habe, seinen Inhalt fort durch die Strictur zu treiben (diese pathologischen Zustände wurden schon damals angenommen). R. brachte in Vorschlag, zur Verminderung der Reizbarkeit des Magens einige kleine Dosen *Morphium aceticum* zu reichen und dann das lebendige Quecksilber in reichlicher Menge zu geben, welches durch seine Schwere den Weg nach dem After oder nach der Wunde hin bahnen sollte. Ersteres geschah, letzterem widersetzte sich der Ehemann der Pat., weil er die Wirkung davon fürchtete. Die folgenden Tage nahm das Erbrechen zu, Kothabgang stellte sich weder durch den After noch durch die Wunde ein, die Entzündung steigerte sich zusehends; die noch angewandten Mittel, selbst ein Aderlass, erleichterten nicht; am 10. Juni stellte sich Schluchzen, Kälte der Hände und Füsse ein, und am 11. Juni; d. i. am 5. Tage nach der Operation, starb die Kranke.

Die Verwachsung des Anhanges mit dem Bruchsacke hatte gewiss schon vor der Einklemmung Statt gefunden, war aber sicherlich durch die Repositionsversuche noch ausgedehnter und fester geworden; die Verletzung des Darmes war unvermeidlich. Der tödtliche Ausgang dieses Krankheitsfalles lag gewiss in der bedeutenden Strictur, welche keine Darmcontenta durchliess, um so weniger, da auch der Sinus so stark war, dass in demselben keine Contraction und Austreibung seines Inhaltes mehr Statt fand. — Dieser Geschichte folgen auch einige Bemerkungen über diese Bruchform: Der Name Darmanhangsbruch, *Hernia e diverticulo intestini*, wurde gewählt, weil der Inhalt dieser Bruchform ein Darmanhang ist, der Name *Hernia Littrica* wird beibehalten, weil Littel dieselbe zuerst ausführlich beschrieben hat. Von dieser Form ist zu unterscheiden der Darmwandbruch, *Enterocele partialis*, — wo sich eine Darmwand in die Bruchpforte einsenkt, ohne dass eine bleibende Ausdehnung des Darmes in Form eines Anhanges Statt findet. Diese zweite Form kann fast nur eingeklemmt erscheinen. Diese beiden Bruchformen sind bisher unter dem Namen *Hernia Littrica* begriffen worden.

Der Anhangsbruch erscheint fast nur als Schenkelbruch, weil nur die innere Mündung des Schenkelkanals alle Bedingungen zur Bildung eines Anhanges darbietet. Man findet ihn meist bei Frauen, wegen ihrer grösseren Anlage zu Schenkelbrüchen. Er kommt bei Frauen in den mittleren Lebensjahren und bei solchen vor, die öfters geboren haben, deren Bauchdecken und Bauchfell erschlafft sind und die dabei schwere Arbeiten verrichten; er entsteht immer allmälig. Eine merkliche Störung der Function des Darmkanals ist anfangs damit nicht verbunden, die Bruchgeschwulst ist schmerzlos, daher wissen die Patienten oft nichts davon. Erst dann, wenn die inneren pathologischen Veränderungen die Function des Darmes stören, treten eigenthümliche Zufälle auf, die aber in der Gegend des Sinus ihren Sitz haben. Durch die Bildung des Anhanges aus der Darmwand wird der Darm da, wo der Anhang abgeht, verengt, es bildet sich eine Strictur; durch das Hineintreten des Darmes in den Schenkelkanal wird die Darmschlinge in einen spitzen Winkel gezogen; durch diese beiden Ursachen wird der *Motus peristalticus* an dieser Stelle aufgehoben. Oberhalb derselben häufen sich die Darmcontenta an, dehnen den Darm aus und es entsteht hier eine busenförmige Erweiterung, Sinus, wo sich Blähungen anhäufen, die ihn ausdehnen und Kolikschmerzen erregen. Unterhalb der Strictur werden die Darmcontenta mit weniger Energie fortgetrieben, weil die *Vis a tergo* fehlt, sie verweilen hier länger und verhärten, daher der träge Stuhlgang. Nach unten schrumpft der Darmkanal zusammen und hat kaum die Hälfte seines Durchmessers. Die Bruchgeschwulst ist immer klein, fast immer schmerzlos, fühlt sich mehr oder minder elastisch an, hängt wie

an einem Stiele, lässt sich hin und her bewegen, aber selten reponiren. Meistentheils findet man diese Anhänge am Ileum.

Der Darmwandbruch ist ebenfalls klein, elastisch, aber nicht so beweglich, schmerzhafter und erscheint nur eingeklemmt. Er entsteht plötzlich nach irgend einer Anstrengung. Nach dem Tode fehlen die charakteristischen pathologischen Veränderungen des Anhangsbruches: Diverticulum, Strictur und Sinus. Klemmt sich ein Anhangsbruch ein, so entstehen die Zufälle allmälig, zuerst Kolik in der Gegend des Sinus, immer zwischen dem Nabel- und Schenkelkanale, das Erbrechen lässt immer nach, wenn alles entleert ist, Klystiere leeren längere Zeit *faeces caprinae* aus. Die Bruchgeschwulst wird erst später schmerzhaft. Entzündung, Brand gehen immer vom Sinus aus. Der Verlauf ist immer langsam. Aus dieser Ursache wird diese Form oft verkannt, geht dann leicht in Durchbruch über und bildet eine Kothfistel, die oft ohne Arzt heilt. Klemmt sich ein Darmbruch ein, so treten die Zufälle rasch auf. Die Schmerzen sind gleich anfangs in der Bruchgeschwulst am heftigsten; es tritt schnell Brand ein. Das Erbrechen wiederholt sich schneller. Wenn nur so viel Darmwand eingeschnürt ist, dass der Darmkanal nicht ganz verschlossen ist, so kann noch Stuhlgang erfolgen. Die Geschwulst ist hier elastisch, unbeweglich, nicht wie an einem Stiele hängend. Diese Form ist häufiger bei Männern. — Der Anhangsbruch wird öfter für einen Netzbruch, oder auch für eine Drüse gehalten. Da man gewohnt ist die Schmerzhaftigkeit der Bruchgeschwulst als Indication für die Operation zu nehmen, so kommt man hier meistens damit zu spät. Ist auch ein Anhangsbruch reponirt, so schwinden die Zufälle nicht so schnell, weil ein Theil der Ursachen derselben Strictur, Sinus noch fortdauern. (Casper's Wochenschrift für die gesammte Heilkunde. Jahrg. 1841. Nr. 2. Aitenberger.

Über die Anwendung des Wachstaffets bei Geschwüren.

Von Alexander Leith.

A. Leith bedient sich, wenn die Haut im Umfange von Fussgeschwüren sich entzündet, des Polytoms, unterhält die Blutung durch warmes Wasser und legt dann trockene Charpie auf, welche er genau mit Wachstaffet bedeckt, der durch eine Binde, deren Touren an den Zehen beginnen und bis über die Waden reichen, befestiget wird. Des anderen Tages findet man die Charpie feucht von der Absonderung des Geschwürs; die Entzündung scheint sehr vermindert, der Schmerz ist meistens weg, und das Gehen um vieles erleichtert. Wenn der

Schlaf gestört ist, verschreibt Leith Opium mit Calomel vor dem Schlafengehen, den folgenden Tag eröffnende Mittel und eine Auflösung von Weinsteinrahm zum Getränke. Trockene Charpie fand er in der Mehrzahl der Fälle besser als den feuchten Verband.

Wenn der graduirte Druck der Binde, so wie die Blut- und Eiterentleerung die Geschwulst vermindert haben, so wendet Leith mittelst einer Feder adstringirende Mittel auf das Geschwür und die umgebende Haut an, wobei er mit der Charpie und dem Wachstaffet fortfährt. Wenn in einigen Tagen die Haut und das subcutane Gewebe durch ergossene Lymphe Zeichen von Induration zeigen, so räth er, die Resorption durch Jodsalbe zu bethätigen, die er auch sehr wirksam gegen die juckenden Pusteln fand, welche auf der Haut nach der Heilung des Geschwüres entstehen. Bei Geschwüren impetiginösen Ursprungs zieht er die Jodtinctur der Silbersalpeterlösung vor; bei scrophulösen bedient er sich des Quecksilbers, der China und am Schlusse der Kur des Jods. Sinuöse Erweiterungen versucht er durch Ätzung der Haut über denselben zu obliteriren. (*London Medical Gazette*, *March* 1841.)

Weinke.

Untersuchungen über die angebornen Verrenkungen.

Von Jul. Guèrin.

(Schluss.)

Im praktischen Theile betrachtet G. zuerst die anatomischen Bedingungen, welche die Reduction der angebornen Verrenkungen oder das Fortbestehen der Reduction begünstigen, erschweren oder verhindern können. In dieser Hinsicht sind die Veränderungen der Muskeln und anderer Weichtheile, der Gelenksoberflächen und aller, der Verrenkung benachbarten Skelettheile, zu berücksichtigen. Die Muskeln können in ihrer Länge, Richtung und Textur verändert werden. Es wurde schon im ersten Theile von der, die Gränzen der physiologischen Contraction überschreitenden Verkürzung der Muskeln gesprochen, welche die angebornen Verrenkungen bedingt, und das erste Hinderniss ihrer Reduction darstellt. Allein da alle diejenigen Muskeln, deren Enden durch die veränderte Lage der Knochen einander genähert wurden, zwischen ihren beiden Anheftungspuncten gleichsam eingeengt, sich zusammenziehen, so entsteht hieraus eine passive Verkürzung derselben, die, wenn sie bedeutend, lang bestehend ist und bei vielen Muskeln Statt findet, unüberwindlichen Widerstand der Reduction leisten kann. Daher auch die veränderte Richtung der Knochen, durch die passive Verkürzung der Muskeln befördert, der Reduction neue Hindernisse bereitet.

Hinsichtlich der Textur können die Muskeln fibrös oder fettartig umwandelt, oder, mit Beibehaltung ihrer Textur, hypertrophisch werden. Die fibröse Umwandlung derselben wird bedingt durch eine lange und energische Spannung derselben, und ist vorzüglich an den, die Gelenke zunächst berührenden Muskeln zu bemerken. Die Ursache der fettartigen Umwandlung der Muskeln ist ihre Erschlaffung und Unthätigkeit, indem sie vermöge der Annäherung ihrer beiden Anheftungspuncte sich nicht mehr in einer geraden Linie spannen können. Die Hypertrophie bemerkt man an jenen Muskeln, die eine grosse Kraft entwickeln müssen, um andere, zur Function untaugliche, zu ersetzen, was G. vorzüglich am *Glutaeus magnus*, bei Verrenkungen des Hüftgelenkes nach aussen und oben, beobachtete.

Der Einfluss dieser Zustände auf die Reduction ist folgender. Die primitiv zusammengezogenen und fibrös umwandelten Muskeln sind meistens ein unüberwindliches Hinderniss der Einrichtung, und machen ihre subcutane Durchschneidung nothwendig. Die passiv und consecutiv zusammengezogenen können, wenn ihre Kürze nicht schon zu bedeutend ist, durch mechanische Ausdehnung so weit verlängert werden, als es die Reduction fordert. Die fettartigen und hypertrophischen Muskeln haben keinen Einfluss auf die Reduction, und erlangen nach wieder begonnener Thätigkeit meistens ihr früheres Gewebe.

Was die Veränderungen der übrigen Weichtheile betrifft, so nehmen die Arterien und Venen einen mehr geschlängelten Lauf im Winkel der Luxation an, wobei erstere in ihrem Durchmesser sich zugleich verkleinern, letztere aber erweitern. Die Nerven werden kürzer, und bilden dadurch oft ein bedeutendes Hinderniss der Reduction. Weder das Zellgewebe, das gewöhnlich in grösserer Menge und fettreicher in der Gegend der Verrenkungen ist, noch die Haut, die sich vermöge ihrer Elasticität den Formen anschmiegt, können je der Reduction bedeutende Hindernisse in den Weg legen.

Die Bänder und Gelenkskapseln erleiden den Muskeln ähnliche Veränderungen. Sie verkürzen oder verlängern sich, je nachdem ihre Anheftungspuncte durch die Verrenkung genähert oder entfernt werden; sie können unter dem Einfluss der Erschlaffung und Unthätigkeit fettartig oder atrophisch, unter jenem von Unbeweglichkeit oder grosser Spannung knöchern werden. Die Verkürzung der Bänder ist in einem ähnlichen Verhältnisse zur Reduction, wie die der Muskeln. Die Verlängerung kann zwar kein Hinderniss der Reduction, aber der Festhaltung derselben werden. Die Gelenkskapseln können durch eine eigene Veränderung die Reduction unmöglich machen. Indem nämlich die Kapsel durch Entfernung der Gelenksenden gespannt wird, bildet sie ein längliches Rohr, welches sich nach und nach in der Mitte zusammenzieht und endlich ganz schliesst,

so dass der Rücktritt des Gelenkskopfes in die Gelenkshöhle unmöglich wird. Doch ist zu bemerken, dass alle bisher erwähnten Veränderungen der Theile vielerlei Abstufungen in Hinsicht des Grades zeigen, und dass die Obliteration der Gelenkskapseln sehr langsam geschieht, so dass die Reduction noch in einer ziemlich weit vorgerückten Lebensepoche versucht werden kann.

An den Gelenkstheilen sind folgende Veränderungen zu bemerken. Der Gelenkskopf verliert schon dadurch, dass er nicht mehr von der Höhle umgeben wird, die Bedingung seiner vollkommenen Form, und nimmt in Folge dessen mannigfache Verunstaltungen an. Andererseits kann durch den Druck des Gelenkskopfes auf eine ungewohnte Knochenfläche eine Abplattung, Einkerbung u. s. w. desselben verursacht werden. Die Gelenkshöhle verengt sich und strebt sich auszufüllen. Es ist merkwürdig, dass die Verengerung der Gelenkshöhle und die Verkleinerung des Gelenkskopfes in demselben Verhältnisse zunehmen; was nur in ihrer aufgehobenen Berührung gegründet seyn kann, da der Gelenkskopf, den eine neugebildete Gelenkshöhle aufnimmt, sich nicht verändert. Die Ausfüllung der Gelenkshöhlen geschieht theils durch Anschwellung der Flächen in Folge mangelnden Druckes, theils durch ein fettig zelliges Gewebe. Locale Veränderungen an den Gelenksflächen können nur bei Subluxationen dadurch hervorgebracht werden, dass ein Knochenende auf den Rand der Gelenkshöhle drückt, und eine Abplattung oder Erweiterung derselben verursacht.

Was den Einfluss dieser Veränderungen auf die Zurückführbarkeit der verrenkten Knochen betrifft, so ist eine Verengerung der Gelenkshöhle (ohne Bildung einer neuen), mit entsprechender Verkleinerung des Gelenkskopfes, zwar kein Hinderniss der Reduction, doch kann die Festhaltung derselben dadurch sehr erschwert werden. Hieraus folgt die Nothwendigkeit einer Nachbehandlung, wodurch die Vereinigung der reducirten Theile gesichert wird. Ist eine neue Gelenkshöhle gebildet, hat der luxirte Kopf seine Form und Grösse (welche die normale überschreiten kann) verändert, und hat sich die ursprüngliche Gelenkshöhle verengt, so ist die Reduction unmöglich. Locale Veränderungen an den Gelenksflächen können die Reduction nicht hindern, aber die Festhaltung derselben erschweren. Auch ist zu bemerken, dass die Verunstaltungen der Gelenksköpfe und die Schlaffheit der Kapseln nach der Reduction fortwährende Bedingungen einer neuen Verrenkung bleiben.

Die Veränderungen, welche durch angeborne Luxationen an verschiedenen, dieselben umgebenden Skelettheilen hervorgebracht werden, betreffen entweder die Bildung neuer Gelenkshöhlen, oder Difformitäten an benachbarten Knochen. Neue Gelenkshöhlen können nur dann gebildet werden, wenn die Gelenkskapsel zerrissen oder abge-

nützt wird, und der Gelenkskopf in unmittelbare Berührung mit einer Knochenfläche kommt. Die Zeit, binnen welcher sich solche neue Gelenkshöhlen bilden, richtet sich nach der Schnelligkeit der Abnützung oder Zerreissung der Gelenkskapseln. Im Allgemeinen geschieht diess bis zum 12. bis 14. Jahre. Da nach Zerreissung der Kapsel die Öffnung sich zusammenzieht, die Ränder derselben mit der neuen Gelenkshöhle, der luxirte Kopf mit den benachbarten Weichtheilen und der neuen Höhle durch Zellgewebe verbunden wird, so ist es klar, dass in diesem Fall die Reduction sowohl unmöglich als unnöthig, ja selbst schädlich seyn müsse.

Die der Verrenkung benachbarten Skelettheile werden in ihrer Form und Richtung verändert, was vorzüglich an den Verrenkungen des Hüftgelenkes zu beobachten ist. Hier sind die Ursachen der nachfolgenden Verbildung des Beckens: die Action der zusammengezogenen Muskeln, die consecutive Zusammenziehung der aus ihrer Lage gebrachten Muskeln, und die senkrechte Wirkung der Schwere. Dadurch wird z. B. bei Verrenkung des Hüftgelenkes auf einer Seite, die ganze entsprechende Hälfte des Beckens nach hinten, oben und aussen geschoben, und erleidet zugleich einen gewissen Grad von Abplattung in der Richtung des schiefen Durchmessers. Der Einfluss dieser Verbildungen auf die Heilbarkeit der Verrenkungen ist bedeutend, indem dadurch die Bedingung der Festigkeit der Gelenke gestört, und da die Verbildung auch nach der Einrichtung fortdauert, eine Unvollkommenheit der Bewegungen unterhalten wird.

Die allgemeinsten Resultate dieser Untersuchungen sind: Dass die angebornen Verrenkungen unter gewissen Bedingungen heilbar sind; dass ihre Zurückführbarkeit mit der Dauer derselben sich vermindert; dass sie endlich aufhören, vollkommen zurückführbar zu seyn, wenn sie sehr alt und von neugebildeten Gelenkshöhlen begleitet sind.

Die Mittel, wodurch die vorzüglichsten therapeutischen, allen Verrenkungen gemeinsamen Indicationen erfüllt werden, sind folgende:

1. Die vorbereitende und dauernde Ausdehnung der verkürzten Muskeln und Bänder.

2. Die subcutane Durchschneidung der, durch die mechanische Extension nicht hinlänglich verlängerten Muskeln und Bänder.

3. Die Handgriffe, wodurch die Reduction bewirkt wird.

4. Die Nachbehandlung, welche die Reduction zu befestigen strebt, und in der Anwendung eigener Vorrichtungen besteht, wodurch die Verlängerung der nicht durchschnittenen Muskeln und Bänder gesichert, die Enden der durchschnittenen von einander entfernt und die Gelenksflächen in Berührung erhalten werden.

Für den Fall aber, dass die Einrenkung unmöglich wäre, sucht G. die Bedingungen einer neuen Gelenksbildung zu setzen, indem er die Gelenkskapsel unter der Haut scarificirt, um das verrenkte Ende

in unmittelbare Berührung mit dem Knochen zu bringen, und so Veranlassung zu jenem Organisationsprocess zu geben, wodurch ein neues Gelenk gebildet wird.

Die detaillirte Auseinandersetzung obiger Mittel, die je nach der Art der Verrenkung verschieden seyn müssen, wird G. in einem eigenen Werk vornehmen. (*Gazette médicale* 1841. Nr. 10.) Kanka.

Über die Schutzkraft der Vaccine.

Von Georg Gregory.

Die Frage, ob eine Person als regelmässig und mit Erfolg geimpft betrachtet werden kann, wenn von vier ihr beigebrachten Impfstichen nur einer eine Pustel bildet, und dieser eine in seinem normalen Verlaufe um 48 Stunden retardirt, ist vom staatsarzneilichen Gesichtspuncte aus von grosser Wichtigkeit. Dr. Gregory bejaht diese Frage, und zwar aus folgenden Gründen. Wenn man den Versuch macht, ein Kind, an dem nur eine retardirte Pustel erschien, nach einem, zwei oder drei Jahren zu revacciniren, so wird dieser misslingen. Gregory stellte diesen Versuch mehrere Male an, und immer mit demselben Erfolge. Er sieht hierin einen deutlichen Beweis, dass die einzige Pustel dem Organismus eine Eigenschaft verlieh, die er früher nicht hatte, und er hält diese Unempfänglichkeit gegen wiederholte Impfversuche für das einzige sichere Criterium einer vollkommenen Impfung. Ferner beruft er sich auf die Thatsache, dass viele Menschen, welche sich durch die Impfung geschützt glauben, bloss eine einzige Narbe an ihrem Arme haben, während viele, die später von Blattern ergriffen werden, 3 oder 4 Impfnarben aufzuweisen haben. — Die Retardation in der Entwicklung der Impfpustel hält Gregory noch mehr für seine Meinung sprechend, da ein schneller Verlauf der Pustel, eine zu frühzeitige Areola und eine Abkürzung des gewöhnlichen Verlaufes der Krankheit ohne Zweifel Unvollkommenheit anzeige, während bei verzögertem Verlaufe der Einwirkung auf den Gesammtorganismus mehr Zeit gelassen werde. (*London Medical Gazette, March* 1841.) Weinke.

Abgang von Spulwürmern durch den Nabel.

Beobachtet von Dr. Borggreve in Bevergern in Westphalen.

Ein 5jähriger Knabe gab seit 14 Tagen Schmerzen am Nabel und Wurmsymptome an. Bei der Untersuchung zeigte sich in der Mitte des geschlossenen Lumens der Nabelgefässe das Rüsselchen eines Spul-

wurmes in steter rotirender Bewegung. — Mit der Pincette hervorgezogen kam ein 8 Zoll langer Wurm nach. Auf gereichte Anthelmintica folgten 21 Spulwürmer durch den Nabel, 5 durch den After. Der wunde Nabel heilte später von selbst. (Med. Ztg. v. d. Verein f. Hk. in Preussen 1841. Nr. 21.) Winternitz.

Contractur des Kniegelenks geheilt durch die Naturhülfe in Folge zufälligen Beinbruchs.

Von Demselben.

Diese kam bei einem 6jährigen scrophulösen Knaben nach einer Ophthalmie vor. Örtlich war Schmerz und Anschwellung des Kniegelenkes, die Condylen aufgelockert, der Unterschenkel zum Oberschenkel in einen rechten Winkel gebogen; allgemeine Abmagerung bei gutem Appetit. Jede Behandlung fruchtlos. Der Knabe fällt mit der Krücke stolpernd, und bricht den rechten Oberschenkel quer in der Mitte. Während der unerwartet schnellen Heilung der Fractur nimmt die Kniegeschwulst ab, das Gelenk wird täglich beweglicher, und die Contractur weicht gänzlich. (Aus den Beiträgen zum Sanitätsberichte f. d. Potsdamer Reggsbezirk.) Ebendaher.

Winternitz.

3.

N o t i z.

Auszeichnung. Se. k. k. Majestät haben mit Allerhöchster Entschliessung vom 3. August l. J. dem Primarwundarzt Dr. Franz Schuh zu bewilligen geruht, dass er Unterricht in der praktischen Chirurgie, mit dem Titel eines ausserordentlichen Professors der k. k. Wiener Hochschule, in der von der Studien-Hofcommission angetragenen Weise ertheile.

Literarischer Anzeiger vom Jahre 1841.

(Die hier angeführten Schriften sind entweder gleich vorräthig oder können durch Braumüller und Seidel (Sparcassa-Gebäude) bezogen werden.)

***Auber** (Dr. T. U. E. Edouard), **Hygiène des femmes nerveuses**, ou Conseils aux femmes pour les époques critiques de leur vie. In 12. Paris.* (3 Fr. 50 C.)

***Balletti** (Tommaso, Dr. di Medicina e Chirurgia), **Delle alienazioni mentali**, ed il miglior metodo di curarle. In 8. Genova T. Faziola.*

***Becquerel** (Alfred), **Séméiotique des Urines**, ou Traité des altérations de l'Urine dans les maladies; suivi d'un Traité de la maladie de bright aux diverses âges de la vie. In 8. Paris.* (7 Fr. 50 C.)

***Busch** (Dr. Dietr. Wilh. Heinr.,* geh. Med. Rath, o. Prof. der Med. etc. zu Berlin), Atlas geburtshülflicher Abbildungen, mit Bezugnahme auf das Lehrbuch der Geburtskunde, herausg. von etc. Schmal 4. (48 lith. Taf. u. Text. XIII u. 148 S.) *Berlin,* bei *Hirschwald.* Cart. (4 Th.)

***Chéneau** (P.), Un mot sur cette question: »Peut-on déterminer, au moins jusqu'à un certain point, la cause de prédilection de l'affection tuberculeuse pour le poumon, depuis l'époque de la puberté jusqu'à l'âge de trente-cinq ou quarante ans, et par suite, expliquer la fréquence progressive de la phthisie dans le siècle où nous sommes?« In 8. Paris.*

***Chevalier** (Charles), Manuel des **Myopes** et des **Presbytes**, contenant les recherches historiques sur l'origine des lunettes ou besicles, les moyens de conserver et d'améliorer la vue, et un chapitre spécialement consacré aux lorgnettes de spectacle. In 8. Paris.* (2 Fr. 50 C.)

***Delacroix** (Dr.),* Handbuch für die an Hämorrhoiden Leidenden, oder Betrachtungen und praktische Beobachtungen über die Natur, die Ursachen, die Zeichen und die Behandlung aller Zufälle, denen sie ausgesetzt sind. 8. (6 S. ohne Pag. und 114 S.) *Quedlinburg,* bei *Ernst.* O. J. Geh. (16 Gr.)

Frank (Johann Peter), Specielle Pathologie und Therapie. Nach der lateinischen Urschrift von Dr. *Joseph Friedrich Sobernheim.* Bevorwortet von Dr. *C. W. Hufeland.* 3. Ausgabe. 2. Bd. Schmal gr. 4. (VI u. S. 7 — 470). *Berlin*, bei *Förstner.* Geh. (2 Th. 12 Gr.)

Karsten (Dr. C. J. B.), Über das merkwürdige Verhalten, welches die Salze bei ihrer gemeinschaftlichen Auflösung im Wasser befolgen. Eine in der königl. Akademie gelesene Abhandlung. Gr. 4. (44 S.) *Berlin*, bei *Reimer.* Geh. (12 Gr.)

Larrey (Baron), *Relation médicale de campagnes et de voyages, de* 1815 *à* 1840. *In* 8. *Paris.* (6 Fr.)

Molo (Dr. Ph. J. v.), Über Epidemien im Allgemeinen und Wechselfieber-Epidemien insbesondere. Nebst einer kurzen Darstellung der Schleimhaut-Epidemie in München im Jahre 1840. Gr. 8. (VIII und 290 S. mit 1 Tab. in Fol.) *Regensburg*, bei *Manz.* (1 Th. 12 Gr.)

Schmalz (Med. Rath, Dr. *E.*, Gehör- und Spracharzt etc. zu Dresden), Über das Absehen des Gesprochenen, als Mittel bei Schwerhörigen und Tauben das Gehör möglichst zu ersetzen. Für Ältern, Ärzte und Lehrer derselben, so wie für die am Gehör Leidenden selbst. 8. (56 S.) *Dresden*, bei *Walther.* Geh. (4 Gr.)

Siebenhaar (*Dr. Friedr. Julius*, Bezirksarzt in Dresden), Die orthopädischen Gebrechen des menschlichen Körpers, oder Anweisung, die Verdrehungen oder Verkrümmungen des Rumpfes und seiner Gliedmassen zu verhüten, und sie frühzeitig zu erkennen etc. 2. verbesserte Aufl. Mit 4 St. Taf. 8. (VIII und 124 S.) *Leipzig*, bei *Nauck.* Geh. (12 Gr.)

Simon (Pierre), Radicale Heilung der Brüche oder Abhandlung über die Brüche und Vorfälle. 5. Aufl. 8. (114 S.) *Quedlinburg*, bei *Ernst.*. O. J. Geh. (16 Gr.)

Sobernheim, Handbuch der praktischen Arzneimittellehre u. s. w. 2. oder specieller Theil. 4. durchgängig revidirte und vermehrte Aufl. 1. Lief. Enthaltend: die narcotischen, scharfen, resinösen, ätherisch-öhligen, weingeistigen und ätherhaltigen Mittel, die Ammoniumpräparate, die Säuren, die Neutral- und Mittelsalze. (Umschlag-Titel). Gr. 4. (S. 1—240.) *Berlin*, bei *Förstner.* Geh. (2 Th. 12 Gr.)

Verhaegke (Fr., Dr. en Médecine, en Chir. etc.), *Mémoire sur le strabisme. In* 8. (78 S. und 1 lith. Tafel). *Bruges (Bonn, Marcus).* Geh. (20 Gr.)

Walther (Ph. Fr. v.), Die Lehre vom schwarzen Staar und seiner Heilart. (Aus *Gräfe* und *Walther's* Journal Bd. 30 bes. abgedruckt.) Gr. 8. (IV und 217 S.) *Berlin*, bei *Reimer.* (1 Th. 4 Gr.)

Verzeichniss

der in verschiedenen deutschen und fremden medicinischen Zeitschriften von den Jahren 1840 und 1841 enthaltenen Original-Aufsätze.

Medicinische Zeitung. Herausg. von dem Verein für Heilkunde in Preussen. *Berlin* 1841. Nr. 31.

Nr. 31. *Malin,* Fall von gallertartiger Magenerweichung bei einem erwachsenen Mädchen, nebst einigen Bemerkungen über diese Krankheit. — Auszüge aus ämtl. Berichten: 1. *Meyer,* Vergiftung durch den Genuss des Fleisches einer Kuh, die an Milzbrand gelitten hatte. 2. *Pupke, Plica polonica.* 3. *Berghes,* Sprengung des Körpers.

Pfaff's praktische und kritische Mittheilungen aus dem Gebiete der Medicin, Chirurgie und Pharmacie. Fortges. von *Behn, Günther, Meyn* und *Michaelis,* redigirt von Dr. *J. Samson* in Altona. Neue Folge. VI. Jahrg. 11. und 12. Heft.

11. u. 12. Hft. *Neuber,* Meine wohlgemeinte Wirksamkeit bei und nach der Versammlung der Ärzte in Schleswig den 23. Juli 1840.

London medical Gazette. 1841. *February.*

Februar. *Watson's* Vorlesungen über die Grundsätze und die Praxis der Medicin. (Forts.) — *Brodie's* Vorlesungen über den Brand (Forts.). — *Carpenter's* Vorlesungen über die Functionen des Nervensystems. — *Corrigan's* Klinische Vorträge. — *Wigan,* Über das Mückensehen. — *Symes,* Über die Kur des schiefen Halses. — *Chalk,* Über Coxalgie und Lendenabscess. — *Rees,* Über arsenikhältige Schwefelsäure. — *Wilkinson,* Einige Fälle von widernatürlicher Enge der Aorta. — *Watson,* Über arsenikhältige Schwefelsäure. — *Gay,* Kingscollege Hospitals-Bericht für 1840. — *Hocken,* Bemerkungen über die Function der schiefen Augenmuskeln und das Schielen. — *Hodgson,* Über die Anwendung des Mutterkorns. — *Napper,* Ein Fall von seltener Missbildung des Herzens. — *Erichsen,* Über Pneumonie als Folge chirurgischer Operationen und grosser Verletzungen. — Über das Mückensehen. — *Chatto,* Ein Fall von Tod nach einer natürlichen Entbindung. — *Cowan,* Über einen Abscess zwischen dem *Crico-* und *Thyro-Arytenoideus* und der Schleimhaut des Kehlkopfs. — *Druitt,* Über verdorbenen Thee.

Wien.

Verlag von Braumüller und Seidel.

Gedruckt bei A. Strauss's sel. Witwe.